**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES**

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Presidente do Conselho de Administração**

**(…)**

**(Nome completo)**, Médico(a), titular da cédula profissional n.º **(…)**, **(Assistente/Assistente Graduado/Assistente Graduado Sénior),** da carreira **(especial médica/médica),** associado(a) do **(Sindicato dos Médicos do Norte/da zona Centro/da zona Sul)**, integrante da Federação Nacional dos Médicos, a exercer funções, em regime de dedicação plena, no **(Local de Trabalho)**, integrante da Unidade Local de Saúde de **(…)**, vem, ao abrigo, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 7.º, n.ºs. 1 e 4, do Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro e na cláusula 8.ª, n.º 1, do Acordo Coletivo de Trabalho aplicável, declarar, sob compromisso de honra, que presta atividade privada, remunerada, com caráter habitual, na **(…)**, correspondente ao exercício da Medicina em regime liberal, a qual não é incompatível nem conflitua, sob qualquer forma, com as funções que o(a) ora Declarante exerce no Serviço Nacional de Saúde, no âmbito da **carreira médica/carreira especial médica.**

O(a) ora Declarante compromete-se a fazer cessar imediatamente a sua atividade privada acima referida, no caso de ocorrência superveniente de conflito.

**(Local e data)**

**O(A) Trabalhador Médico(a) Declarante**

(Assinatura)